

Poziom depresji i postrzeganego wsparcia społecznego u rodziców dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej

The level of depression and perceived social support in parents of children treated for cancer

Anna Burkiewicz¹, Marzena Samardakiewicz^{1,2}, Tomasz Karczmarczyk³

¹Zakład Psychologii Klinicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

Psychoonkologia 2017, 21 (1): 17–21

DOI: <https://doi.org/10.5114/pson.2017.70123>

Adres do korespondencji:

dr Anna Burkiewicz
Zakład Psychologii Klinicznej
Gdański Uniwersytet Medyczny
Tuwima 15, 80-210, Gdańsk
a.burkiewicz@gumed.edu.pl

Streszczenie

Wstęp: Rozpoznanie choroby nowotworowej u dziecka dotyka całą rodzinę. Rodzice chorujących dzieci stanowią grupę szczególnie podatną na wystąpienie negatywnych emocji i zakłóceń w funkcjonowaniu psychicznym. Celem przeprowadzonego badania była ocena poziomu depresji i postrzeganego wsparcia społecznego wśród rodziców dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej. **Materiał i metody:** Badaniem objęto grupę 50 rodziców dzieci z rozpoznaniem choroby nowotworowej. W badaniu zastosowano ankietę własnego autorstwa, *Skalę Depresji Becka (BDI)* oraz *Skalę Oceny Wsparcia Społecznego (Interpersonal Support Evaluation List – 40 v. General Population ISEL-40 v. GP)*.

Wyniki i wnioski: W badanej grupie rodziców średni wynik w skali BDI wynosił 18 punktów ($SD = 8, p > 0,05$). U większości badanych występowały co najmniej objawy klasyfikowane jako łagodna depresja (68%), a u istotnej części z nich objawy depresji umiarkowanej (16%) i ciężkiej (16%). W przeprowadzonym badaniu uzyskano istotną statystycznie korelację między poziomem depresji a wynikami poszczególnych podskal *Skali Oceny Wsparcia Społecznego*. Najwyższą, umiarkowaną korelację uzyskano między depresyjnością a podskalą samooceny ($r = -0,4717, p = 0,001$). Uzyskane wyniki ukazują przydatność narzędzi przesiewowych, takich jak BDI oraz *Skali Oceny Wsparcia Społecznego*, w rozpoznawaniu ryzyka depresji u rodziców i identyfikowaniu deficytów wsparcia społecznego.

Abstract

Introduction: The diagnosis of cancer in a child affects the entire family. Parents of ill children are particularly vulnerable to negative emotions and psychological disorders. The aim of the study was to assess the level of depression and perceived social support among parents of children treated for cancer.

Material and methods: The study group consisted of 50 parents of children diagnosed with cancer. Data were collected using a survey form, the *Beck Depression Inventory (BDI)* and the *Social Support Rating Scale (ISEL-40 v. GP)*.

Results and conclusions: In the group of parents the average score on the BDI was 18 points ($SD = 8, p > 0.05$). In most subjects experienced at least symptoms classified as mild depression (68%) and in a substantial part of their symptoms of moderate (16%) and severe (16%) depression. In this trial achieved a statistically significant correlation between depression level and the results of each subscales in the *Social Support Rating Scale*. The highest, moderate correlation was obtained between depressiveness and self-esteem

subscale ($r = -0.4717, p = 0.001$). The results show the usefulness of screening tools, such as the BDI and *Social Support Rating Scale* in recognition of the risk of depression in parents and identifying their deficits in social support.

Słowa kluczowe: onkologia dziecięca, depresja, wsparcie społeczne, rodzice.

Key words: pediatric oncology, depression, social support, parents.

Wstęp

Choroba nowotworowa dziecka stanowi wydarzenie kryzysowe dla całej rodziny. Wiadomość o zagrażającym życiu rozpoznaniu staje się dla rodziców ciężkim doświadczeniem emocjonalnym [1, 2]. W początkowym okresie diagnozy i ostrego leczenia może występować szok i niedowierzenie, u części rodziców pojawia się zaprzeczenie, złość, smutek i poczucie winy [3, 4]. Reakcje na chorobę i proces leczenia różnią się i zależą zarówno od etapu leczenia dziecka, jak i charakterystyki samych rodziców. Najsilniejsze emocje towarzyszą zazwyczaj ostremu okresowi diagnostycznemu i początkowi leczenia [5].

Wśród rodziców dobrze funkcjonujących przed zachorowaniem dziecka rozpoznanie nowotworu stanowi silną, jednak przemijającą reakcję, po której następuje adaptacja do nowej, zdominowanej przez rzeczywistość choroby, sytuacji [6]. U niektórych rodziców proces adaptacji może ulec zakłóceniu poprzez wystąpienie przedłużających się negatywnych reakcji emocjonalnych, takich jak zaburzenia związane ze stresem, w tym zaburzenia po stresie traumatycznym (*Posttraumatic Stress Disorder* – PTSD), lęk i zaburzenia depresyjne [7–11]. Reakcje silnego przedłużającego się stresu mogą występować u części rodziców nawet lata po diagnozie [4].

Szczególnie zagrażającym, negatywnym zjawiskiem emocjonalnym są zaburzenia depresyjne wśród rodziców chorych onkologicznie dzieci. Do najczęstszych objawów depresji zalicza się bezradność, poczucie beznadziei, poczucie winy, zmniejszenie energii, niepokój, zaburzenia snu, problemy z koncentracją i podejmowaniem decyzji [12, 13]. Przygnębieni, depresyjni rodzice często nie są w stanie odpowiednio dbać o dzieci, które wymagają intensywnego leczenia i opieki psychospołecznej [14]. Opisana grupa rodziców z ryzykiem rozwoju zaburzeń depresyjnych wymaga więc szybkiej identyfikacji i objęcia profesjonalnym wsparciem.

Cel pracy

Celem przeprowadzonego badania była przesiewowa ocena poziomu depresyjności rodziców dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej oraz postrzeganego przez nich wsparcia społecznego.

Material i metody

Badaniami objętych zostało 50 rodziców (35 matek i 15 ojców) dzieci chorych onkologicznie z różnymi rodzajami nowotworów. Badanie przeprowadzono w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii Dziecięcej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku. Wszyscy badani zostali poinformowani o celu badania, jego anonimowości i dowolności. Wiek badanych rodziców mieścił się w przedziale od 21 do 60 lat ($M = 37$).

Charakterystyka demograficzna badanej grupy przedstawia się następująco: 74% badanych stanowiły osoby pozostające w związkach małżeńskich. Rodzice ze średnim wykształceniem stanowili 40% badanych, wykształcenie zawodowe miało 34% badanych, a 26% wykazywało wykształcenie wyższe. Większość rodziców była mieszkańcami miast (60%). W grupie badanej 62% rodziców było aktywnych zawodowo, 26% nie pracowało i 12% pozostawało na rencie. W 74% przypadków okres leczenia od postawienia diagnozy nowotworu u dziecka nie przekraczał roku, w 16% mieścił się w przedziale od roku do pięciu lat, u 6% dziecko leczone było powyżej 5 lat od rozpoznania.

W badaniach posłużono się kwestionariuszem własnego autorstwa zawierającym pytania dotyczące danych społeczno-demograficznych. Zastosowano również *Skalę Depresji* autorstwa A. Becka (*Beck Depression Inventory* – BDI), powszechnie stosowane narzędzie do badania objawów depresyjnych. Skala składa się z 21 pytań, które są oceniane przez badanego zgodnie ze skalą intensywności objawów od 0 do 3. Na podstawie uzyskanych wyników można wnioskować o nasileniu występujących objawów (brak objawów, lekkie, umiarkowane, ciężkie). Kolejnym zastosowanym narzędziem badawczym była *Skala Oceny Wsparcia Społecznego* (ISEL-40 v. GP) w polskiej adaptacji Zarzyckiej i wsp. [15] składająca się z 40 pytań zamkniętych – stwierdzeń, kierowanych do wybranej grupy badawczej, pozwalającej na oszacowanie potencjalnego postrzegania możliwości uzyskania wsparcia społecznego w czterech podskalach: faktyczna/rzeczywista skoncentrowana na wsparciu materialnym (*Tangible Scale*), przynależności polegającej na utożsamianiu się z sytuacją innych osób (*Belonging Scale*), samooceny poprzez porów-

nywanie siebie z innymi osobami (*Self-Esteem Scale*) i poczucia własnej wartości (*Appraisal Scale*).

nia choroby dziecka. Zależności te okazały się nieistotne statystycznie.

Wyniki:

Skala Depresji Becka

W celu analizy statystycznej uzyskanych wyników wykorzystano średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe. Natomiast zależności między poziomem depresji a *Skalą Oceny Wsparcia Społecznego* oraz wewnątrz *Skali Oceny Wsparcia Społecznego* obliczono za pomocą współczynnika korelacji Pearsona. Do wszystkich obliczeń zależności przyjęto poziom istotności a $p \leq 0,05$.

Poziom depresyjności mierzony skalą Becka w badanej grupie wyniósł średnio 18 punktów ($SD = 8$, $p > 0,05$), co stanowi wynik mieszczący się w granicach objawów łagodnej depresji. Wyniki poziomu nasilenia występujących objawów depresyjnych w badanej grupie przedstawia tabela 1. W badanej grupie rodziców u wszystkich występowały co najmniej objawy klasyfikowane jako łagodna depresja, a u istotnej części z nich objawy depresji umiarkowanej (16%) i ciężkiej (16%).

Nie wystąpiły różnice istotne statystycznie w rozkładzie nasilenia objawów depresyjnych w zależności od płci ($p = 0,129$). Wyniki przedstawia tabela 2.

Następnie dokonano korelacji między poziomem depresji mierzonym *Skalą Depresji Becka* a takimi zmiennymi niezależnymi jak: wiek badanych rodziców, wykształcenie, stan cywilny, status zawodowy, miejsce zamieszkania i długość trwa-

Skala Oceny Wsparcia Społecznego

Wyniki uzyskane w *Skali Wsparcia Społecznego* przedstawia tabela 3.

W badanej grupie rodziców średni wynik wsparcia społecznego w skali ogólnej wynosił 25,9 punktów ($SD = 7,9$), najwyższą średnią liczbę punktów badani uzyskali w skali materialnej ($\bar{x} = 7,4$, $SD = 2,7$), najniższy średni wynik uzyskano w skali samooceny ($\bar{x} = 5,9$, $SD = 2,3$).

Zależność między poziomem depresji a wsparciem społecznym

Zależność między wynikami uzyskanymi w skali BDI a poziomem wsparcia społecznego w *Skali Oce-*

Tabela 1. Poziom depresji badanych według *Skali Depresji Becka*

Table 1. Level of depression in Beck Depression Inventory

Poziom depresji	Badani rodzice	
	n = 50	%
brak objawów depresyjnych lub łagodne zaburzenia nastroju	0	0
depresja łagodna	34	68,0
depresja umiarkowana	8	16,0
depresja ciężka	8	16,0
razem	50	100,0

Tabela 2. Poziom depresji według *Skali Depresji Becka* w odniesieniu do płci badanych rodziców

Table 2. The level of depression in Beck Depression Inventory in relation to the gender of the parents

Płeć	Poziom depresji							
	łagodna		umiarkowana		ciężka		razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	22	62,9	5	14,3	8	22,9	35	100,0
mężczyźni	12	80,0	3	20,0	0	0,0	15	100,0
ogółem	34	68,0	8	16,0	8	16,0	50	100,0

Tabela 3. *Skala Oceny Wsparcia Społecznego* – zestawienie zbiorcze

Table 3. Social Support Rating Scale – summary statement

Podskale	Badani rodzice [n = 50]						
	Σ pkt	\bar{x}	SD	min.	max.	Me	M
materialna (<i>Tangible Scale</i>)	371	7,4	2,7	1	10	8	10
przynależności (<i>Belonging Scale</i>)	327	6,5	2,6	0	10	7	5
samooceny (<i>Self-Esteem Scale</i>)	297	5,9	2,3	0	10	6	6
wartościowania (<i>Appraisal Scale</i>)	298	6,0	2,1	2	9	6	6
razem	1293	25,9	7,9	3	37	27	37

SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, M – średnia arytmetyczna, min. – wartość minimalna, max. – wartość maksymalna

Tabela 4. Zależność między poziomem depresji (BDI) a Skalą Oceny Wsparcia Społecznego
Table 4. Relationship between levels of depression (BDI) and Social Support Rating Scale

Zmienne zależne		Podskale				Skala Oceny Wsparcia Społecznego
		materiałna	przynależności	samooceny	wartościowania	
Poziom depresji	<i>r</i>	-0,2394	-0,3215	-0,4717	-0,3190	-0,4071
	<i>p</i>	0,101	0,026*	0,001*	0,027*	0,004*

*różnice istotne statystycznie

ny Wsparcia Społecznego dla wyniku ogólnego oraz poszczególnych podskal przedstawia tabela 4.

W przeprowadzonym badaniu uzyskano słabą korelację ujemną między poziomem depresji a podskalą przynależności ($r = -0,3215$, $p = 0,026$) i wartościowania ($r = -0,3190$, $p = 0,027$). Umiarkowana korelację uzyskano między depresyjnością a podskalą samooceny ($r = -0,4717$, $p = 0,001$).

Dyskusja i wnioski

Uzyskane wyniki wskazują na obecność objawów depresyjnych o różnym nasileniu w badanej grupie rodziców. Znaczna część literatury z zakresu onkologii dziecięcej potwierdza, że bycie rodzicem dziecka chorującego na chorobę nowotworową jest emocjonalnie stresującym wydarzeniem i wiąże się z wieloma negatywnymi konsekwencjami, w tym z zaburzeniami depresyjnymi [16–22].

Istotne znaczenie może mieć również nasilenie występujących objawów. Obecnie w wielu badaniach zwrócono uwagę na wzrastający poziom depresji, lęku i poczucia beznadziei zarówno u chorujących dzieci, jak i ich rodziców [23–25]. W przeprowadzonym badaniu średni wynik depresyjności mieścił się w granicach depresji łagodnej, jednak znaczny odsetek badanych rodziców uzyskał wyniki umiarkowane (16%) i ciężkie (16%) w skali BDI.

W wielu badaniach zaobserwowano również, że poziom depresji wśród rodziców dzieci z chorobą nowotworową często jest oceniany jako wysoki, szczególnie we wczesnym okresie po rozpoznaniu. W wielu doniesieniach naukowych zwrócono uwagę na zależność między nasileniem objawów depresji rodziców w początkowym stadium choroby dziecka a czasem ich trwania. Objawy depresji rodziców rozpoczynające się od umiarkowanego do wysokiego poziomu mogą utrzymywać się przez dłuższy czas, nawet po zakończeniu leczenia dziecka [26]. Rodzice stanowią główne źródło wsparcia dla dziecka chorującego onkologicznie. O obliczu depresji rodzica funkcje te mogą ulec znacznemu zachwianiu i wpływać wtórnie na stan psychiczny dziecka. Poziom depresyjności rodzica negatywnie oddziałuje na zdolność do radzenia sobie z wymaganiami złożonego procesu leczenia, wpływa na gorsze radzenie sobie przez dziecko z diagnozą, jego funkcjonowanie emo-

cjonalne i adaptację do choroby [27]. Trudne emocje rodziców wpływają na stan emocjonalny chorującego dziecka. Leczone z powodu nowotworów dzieci matek z depresją zgłaszają więcej negatywnych reakcji emocjonalnych w porównaniu z dziećmi matek zdrowych [28].

Badanie nie ujawniło różnic w nasileniu depresji w zależności od takich zmiennych niezależnych jak: płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania i okres leczenia dziecka. Uzyskany brak zależności można tłumaczyć zbyt niską liczbą osób badanych w poszczególnych grupach wymienionych zmiennych.

Czynnikiem, który może w istotnym stopniu modyfikować reakcję na stres i chronić przed negatywnymi reakcjami emocjonalnymi w sytuacji choroby dziecka, jest postrzegane wsparcie społeczne.

W przeprowadzonym badaniu analizie poddano poziom postrzeganego wsparcia społecznego przez rodziców oraz jego związek z objawami depresyjnymi.

Najwyższą średnią liczbę punktów badani uzyskali w skali materialnej ($\bar{x} = 7,4$, $SD = 2,7$), najniższy średni wynik uzyskano w skali samooceny ($\bar{x} = 5,9$, $SD = 2,3$). Badanie ujawniło również umiarkowaną korelację pomiędzy depresyjnością a podskalą samooceny ($r = -0,4717$, $p = 0,001$). Uzyskane wyniki są zgodne z dotychczasową literaturą przedmiotu. Negatywną zależność między depresyjnością a brakiem wsparcia odnotowano w wielu badaniach [25]. Zaburzenia depresyjne mogą ponadto wpływać na to, w jaki sposób postrzegane jest wsparcie społeczne oraz odwrotnie – niskie wsparcie może mieć wpływ na obniżoną samoocenę, zwiększać poczucie beznadziejności i negatywne myślenie [29]. Wystąpienie objawów depresyjnych w trakcie leczenia dziecka stanowi czynnik predykcyjny dla spadku postrzeganego wsparcia [30].

Rodzice dzieci chorych stają w obliczu ciężkich wyzwań emocjonalnych. Jednocześnie dzięki prostym narzędziom przesiewowym, takim jak BDI, można względnie szybko zidentyfikować ryzyko depresji u rodziców i zaproponować profesjonalną pomoc. Zastosowanie Skali Wsparcia Społecznego pozwala na rozpoznanie tych obszarów funkcjonowania, w których można rodzinie udzielić adekwatnego wsparcia i pomocy. Uzyskane wyniki badań

potwierdzają również zgłaszaną przez niektórych autorów [31] pilną potrzebę tworzenia programów wsparcia społecznego i wczesnego wykrywania negatywnych zjawisk emocjonalnych wśród rodziców dzieci z diagnozą choroby nowotworowej. Przykładem programów wspomagania psychospołecznego zarówno dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej, jak i ich rodziców są wysiłki podejmowane przez Polską Pediatryczną Grupę Psychoonkologów przy Polskim Towarzystwie Onkologii i Hematologii Dziecięcej, kierowaną przez Marzenę Samardakiewicz [32–34]. Prace tej grupy mają na celu podnoszenie jakości życia chorych dzieci i ich bliskich na wszystkich etapach leczenia.

Oświadczenie

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

- McCubbin M, Balling K, Possin P i wsp. Family resiliency in childhood cancer. *Fam Relat* 2002; 51: 103-111.
- Björk M, Wiebe T, Hallström I. Striving to survive: families' lived experiences when a child is diagnosed with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs* 2005; 22: 265-275.
- Vrijmoet-Wiersma CM, van Klink JM, Kolk AM i wsp. Assessment of parental psychological stress in pediatric cancer. *J Pediatr Psychol* 2008; 33: 694-706.
- Norberg AL, Boman KK. Parent distress in childhood cancer: a comparative evaluation of posttraumatic stress symptoms, depression and anxiety. *Acta Oncol* 2008; 47: 267-274.
- Björk M. Living with childhood cancer: family members' experiences and needs. Lund University 2008.
- Pai AL, Greenley RN, Lewandowski A i wsp. A meta-analytic review of the influence of pediatric cancer on parent and family functioning. *J Fam Psychol* 2007; 21: 407-415.
- Bruce M. A systematic and conceptual review of posttraumatic stress in childhood cancer survivors and their parents. *Clin Psychol Rev* 2006; 26: 233-256.
- Grootenhuis MA, Last BF. Adjustment and coping by parents of children with cancer: A review of the literature. *Support Care Cancer* 1997; 5: 466-484.
- Vrijmoet-Wiersma CM, Van Klink JMM, Kolk AM i wsp. Assessment of parental psychological stress in pediatric cancer: A review. *J Pediatr Psychol* 2008; 33: 697-706.
- Wakefield CE, Mcloone JK, Butow P i wsp. Parental adjustment o the completion of their child's cancer treatment. *Pediatr Blood Cancer* 2011; 56: 524-531.
- Boman KK, Viksten J, Kogner P, Samuelsson U. Serious illness in childhood: The different threats of cancer and diabetes from a parent perspective. *J Pediatr* 2004; 145: 373-379.
- Norberg AL, Lindblad F, Boman KK. Parental traumatic stress during and after paediatric cancer treatment. *Acta Oncol* 2005; 44: 382-388.
- Barrera M, D'Agostino NM, Gibson J i wsp. Predictors and mediators of psychological adjustment in mothers of children newly diagnosed with cancer. *Psychooncology* 2004; 13: 630-641.
- Ghufran M, Andrades M, Nanji K. Frequency and severity of depression among mothers of children with cancer: Results from a teaching hospital in Karachi, Pakistan. *Br J Med Pract* 2014; 7: a701.
- Zarzycka D, Śpila B, Wrońska I, Makara-Studzińska M. Analiza walidacyjna wybranych aspektów Skali Oceny Wsparcia Społecznego – Interpersonal Support Evaluation List – 40 v. General Population (ISEL-40 v. GP)* *Psychiatria* 2010; 7: 83–94.
- Bjork M, Wiebe T, Hallstrom I. Striving to Survive: Families' Lived Experiences When a Child Is Diagnosed With Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 2005; 22: 265-275.
- Kazak AE, Boeving CA, Alderfer MA i wsp. Posttraumatic Stress Symptoms During Treatment in Parents of Children With Cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23: 7405-7410.
- Stam H, Grootenhuis MA, Brons PP i wsp. Health-related Quality of Life in Children and Emotional Reactions of Parents Following Completion of Cancer Treatment. *Pediatr Blood Cancer* 2006; 47: 312-319.
- Pai AL, Greenley RN, Lewandowski A i wsp. A Meta-analytic Review of the Influence of Pediatric Cancer on Parent and Family Functioning. *J Fam Psychol* 2007; 21: 407-415.
- Maurice-Stam H, Oort FJ, Last BF, Grootenhuis MA. Emotional Functioning of Parents of Children with Cancer: The First Five Years of Continuous Remission After the End of Treatment. *Psychooncology* 2008; 17: 448-459.
- Witt W, Litzelman K, Wisk L i wsp. Stress-mediated quality of life outcomes in parents of childhood cancer and brain tumor survivors: a case-control study. *Quality of Life Research* 2010; 19: 995-1005.
- Lindahl Norberg A, Boman KK. Parent distress in childhood cancer: A comparative evaluation of posttraumatic stress symptoms, depression and anxiety. *Acta Oncologica* 2008; 47: 267-274.
- Norberg AL, Lindblad F, Boman KK. Coping strategies in parents of children with cancer. *Soc Sci Med* 2005; 60: 965-975.
- Wijnberg-Williams BJ, Kamps WA, Klip EC i wsp. Psychological distress and the impact of social support on fathers and mothers of pediatric cancer patients: long-term prospective results. *J Pediatric Psychol* 2006; 31: 785-792.
- Bayat M, Erdem E, Kuzucu EG. Depression, anxiety, hopelessness, and social support levels of the parents of children with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs* 2008; 25: 247-253.
- Vrijmoet-Wiersma CM, van Klink JM, Kolk AM i wsp. Assessment of parental psychological stress in paediatric cancer: A review. *J Pediatr Psychol* 2008; 33: 694-706.
- Peek G, Melnyk BM. Coping interventions for parents of children newly diagnosed with cancer: an evidence review with implications for clinical practice and future research. *Pediatric Nursing* 2006; 36: 306-313.
- Langrock AM, Compas BE, Keller G i wsp. Coping with the stress of parental depression: Parents' reports of children's coping, emotional, and behavioral problems. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2002; 31: 312-324.
- Poradowska-Trzos M., Dudek D, Rogoż M, Zięba A. Postrzeganie wsparcia społecznego a styl poznawczy w chorobach afektywnych *Psychiatria Polska* 2008; 2: 271-282.
- Norberg AL, Boman KK. Parents' perceptions of support when a child has cancer: a longitudinal perspective. *Cancer Nurs* 2007; 30: 294-301.
- Peek G, Melnyk BM. Coping interventions for parents of children newly diagnosed with cancer: an evidence review with implications for clinical practice and future research. *Pediatr Nurs* 2010; 36: 306-313.
- Kowalczyk JR, Samardakiewicz M, Fitzgerald E i wsp. Towards reducing inequalities: European Standards of Care for Children with Cancer. *Eur. J. Cancer* 2014; 3: 481-485.
- Samardakiewicz M. Wspomaganie rozwoju dzieci z chorobą nowotworową. W: Dziecko przewlekłe chore – problemy medyczne, psychologiczne i pedagogiczne. Heurystyczny wymiar ludzkiej egzystencji. Antoszevska B (red.). Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2011, 84-100.
- Samardakiewicz M, Kowalczyk JR. Opieka psychoonkologiczna nad pacjentem leczonym hematologicznie w okresie nastoletnim i wczesnej dorosłości. *Hematologia* 2011; 1: 51-56.